

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Егоров К.Н., Дуброва В.П., Юпатов И.Ю., Розум А.А.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

В настоящее время состояние здоровья и нездоровья человека все больше определяются социально-психологическими факторами, а это значит, что лечение многих заболеваний, стабилизация аутодеструктивных форм поведения невозможны без учета социальных по своей природе отношений человека с окружающей средой, что требует, в свою очередь, умения врача строить доверительное общение с пациентом (терапевтическое взаимодействие). Исходя из этого, в последние годы широкое признание получила точка зрения, согласно которой социально-психологическую подготовку необходимо включать в программы обучения врачей (Консультации по проблеме коммуникаций врач-пациент, 15-18 июня 1993 г., Женева, Всемирная Организация Здравоохранения).

Нередко тщательный сбор анамнеза позволяет выявить психогенный генез заболевания. Причиной самых разнообразных симптомов (кашля, болей в грудной клетке, приступов одышки) могут быть депрессивные состояния. Первопричиной «заболевания» у пожилого человека может оказаться отсутствие внимания и сопереживания со стороны детей или близких родственников; одиночество, неполная семья; смерть близкого человека; алкоголизм или измена супруга (супруги), конфликты на работе или с соседями и другие факторы. Поэтому беседа с пациентом не должна ограничиваться только сбором жалоб и данных анамнеза о развитии заболевания – она обязательно должна обеспечить исследование проблемы пациента. Пациент далеко не всегда обращается к врачу в связи с появлением симптомов заболевания или недомоганием. Врач общей практики должен разобраться, что является основным мотивом его визита.

Поэтому прежде, чем строить рабочую гипотезу заболевания, формулировать диагноз и назначать пациенту лечение, необходимо собрать как можно больше информации (причем не только клинической, но и социально-психологической). Необходимо оценить психологический, социальный и семейный статус пациента и учитывать их влияние на развитие и течение заболевания.

Построение терапевтического сотрудничества начинается уже на этапе беседы врача общей практики с пациентом, которая должна учитывать следующие психологические детерминанты:

1) изучение проблемы пациента закончить кратким резюме, в котором сформулировать проблему или жалобы, с которыми обратился пациент, чтобы убедиться, насколько правильно его поняли. Часто пациент при

этом вносит в него весьма существенные дополнения или уточняет симптомы, обстоятельства, которыми он озабочен;

2) чтобы избежать неудовлетворенности пациента следует обязательно уточнить, чего он ожидает от врача в отношении решения его проблемы. Иногда для этого достаточно объяснить пациенту, почему его беспокоят те или иные симптомы, насколько опасно его заболевание для жизни, оценить его трудовой прогноз. В других случаях пациенту необходимо, чтобы его состояние правильно оценивали его родные и для него очень важно, чтобы врач переговорил с его родственниками и тем обеспечил для него существенную психологическую поддержку и т. д.;

3) следует также учитывать, что пациент оценивает профессионализм врача, в первую очередь, не по его навыкам диагностики и лечения заболеваний, а по его умению общаться с больным, вникнуть в его проблему и помочь в ее решении. Поэтому речь, рекомендации врача должны быть доступными для понимания больным. Врачу необходимо менять сложность своих комментариев, манеру общения в зависимости от образования, возраста, культурных и языковых традиций пациента;

4) для получения интересующих сведений при беседе с пациентом, во время изложения жалоб и анамнеза заболевания, важно предоставить ему инициативу в разговоре, чтобы пациент рассказывал о своих проблемах непринужденно. Это создает атмосферу доверия во время беседы и улучшает контакт с пациентом. Задача врача сводится к направлению разговора в нужное русло, уточнению, детализации его жалоб. К приемам, позволяющим правильно строить разговор с пациентом для получения наибольшей информации, относятся: поощрение, рефлексия, пояснение, сопереживание, конфронтация, интерпретация и выяснение переживаний пациента;

5) для получения конкретной информации целесообразно задавать прямые вопросы. Иногда врач для того, чтобы ускорить сбор анамнеза, объединяет несколько вопросов в один: «Вы болели туберкулезом, астмой или пневмонией?». Выясняется также, какое лечение получал больной, дозы препаратов, продолжительность приема, клинические эффекты, переносимость медикаментов, аллергические реакции в анамнезе;

6) при завершении опроса пациента следует передать пациенту инициативу в беседе: «Что бы вы еще хотели мне рассказать?» или «О чем еще нам осталось поговорить?». Это позволит пациенту завершить рассказ о своих проблемах, о которых он забыл упомянуть в начале опроса, и сформировать у врача цельное представление о картине заболевания.

Таким образом, построение беседы с пациентом по изложенной схеме позволяет не только быстрее и эффективнее решать проблемы пациента, которые его привели на прием к врачу, но и значительно повышает его доверие к врачу и формирует доброжелательные, партнерские отношения, повышает комплаентность пациента – между врачом и пациентом склады-

ваются отношения терапевтического сотрудничества (терапевтический альянс).